

PAPEL DE LAS JUNTAS DIRECTIVAS COMO ÓRGANOS DE GOBIERNO CORPORATIVO EN LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO EN BOGOTÁ

RAMÓN ABEL CASTAÑO, MD

*Investigador Asociado, Facultad de Administración
Universidad de los Andes*

OSCAR A. PARDO, Ms

*Director MBA Gestión Pública, Facultad de Administración
Universidad de los Andes*

HUMBERTO SERNA, PhD

*Profesor Facultad de Administración
Universidad de los Andes*

LUIS EDUARDO VALENCIA

Asistente de investigación

•
CORRESPONDENCIA

Oscar A. Pardo

Carrera 1 No. 18A-70 Edificio RGC

Teléfono: 57-1-3394949 Ext. 3010

Fax: 57-1-3324551

E-mail: opa@adm.uniandes.edu.co

Revisión de pares externos

Fecha recibido: 02/02/05

Fecha revisado: 18/04/05

Fecha aceptado: 25/06/05

RESUMEN

ANTECEDENTES

El otorgamiento de autonomía a los hospitales públicos como estrategia para mejorar su desempeño, requiere la creación de instancias de Gobierno Corporativo (GC) que garanticen que el gerente llevará la institución por buen camino. Las Juntas Directivas, como organismos de GC, deben estar preparadas para asumir esta función.

OBJETIVO

Analizar el papel de las Juntas Directivas como organismos de GC, en cinco Empresas Sociales del Estado (ESEs) del Distrito.

METODOLOGÍA

Técnicas de investigación cualitativa, con la realización de encuestas, entrevistas semi-estructuradas, observación no participante y evaluación de conocimientos basales, en un abordaje de estudio de caso. Se utilizó una muestra por conveniencia de cinco hospitales: dos de nivel I, dos de nivel II y uno de nivel III. En los niveles I y II se utilizó un hospital fusionado y otro no fusionado.

RESULTADOS

Existe un amplio margen para que las Juntas fortalezcan su papel como instancias de GC. La existencia de múltiples principales, los conflictos entre sus respectivas agendas y la falta de claridad sobre la función objetivo, así como la falta de mecanismos explícitos de rendición de cuentas, tanto entre gerentes y Junta como entre ésta y sus representados, disminuyen la efectividad de la Junta en el GC. También contribuyen a esto, la excesiva concentración de las sesiones de junta en las modificaciones presupuestales, y el bajo nivel de conocimientos por parte de los representantes del estamento comunitario sobre aspectos relevantes para el GC. Se percibe una mayor relevancia de las juntas en los niveles I.

PALABRAS CLAVE

(Fuente: DeCS, BIREME): Gobierno, Administración y Organización Hospitalaria, Objetivos Organizacionales.

KEYWORDS

(Source, MeSH, NLM): Government, Hospital Administration, Organizational Objectives.

INTRODUCCIÓN

Los hospitales públicos en los países en desarrollo, tradicionalmente han sido manejados como unidades administrativas de una estructura jerárquica mayor, en cabeza de los ministerios de Salud. Sin embargo, una ola de reformas en este sector durante la última década, ha adoptado la estrategia de otorgarles autonomía parcial, con el fin de que mejoren su desempeño. Esta expectativa de mejoramiento parte del supuesto de que quien maneja un hospital bajo una estructura jerárquica y con ninguna autonomía, no tendrá que rendir cuentas sobre el desempeño de su hospital, y así quisiera mejorar el desempeño, no contaría con la autonomía necesaria para tomar decisiones en respuesta a los cambios de un entorno que exige una mayor y más ágil adaptación por parte de las organizaciones (1).

Sin embargo, la autonomía por sí sola no hace que los gerentes hagan su papel correctamente. Así como un gerente con un margen de autonomía amplio puede tomar decisiones muy acertadas que mejoren el desempeño del hospital, también puede ocurrir que tome decisiones erradas, o que use ese espacio para satisfacer intereses personales, en detrimento del hospital y de la sociedad en general. Por lo tanto, la autonomía parece ser una condición necesaria mas no suficiente para el mejoramiento del desempeño del hospital.

Por esta razón, se hace necesario un elemento complementario a la autonomía: un órgano de Gobierno Corporativo (GC) que garantice la rendición de cuentas por parte del gerente hacia los principales últimos, que son los miembros de la comunidad a quienes sirve el hospital. Esta instancia de GC, en representación de los intereses del principal, es la que se encarga de vigilar que el gerente esté llevando la institución por el camino correcto.

El concepto de GC es ampliamente familiar al sector privado, en el cual las funciones de propiedad y control están divididas, especialmente en las empresas grandes (2). Esta división permite que los dueños del capital se dediquen a la función de propiedad, es decir, diversificar su portafolio en

diferentes inversiones; los gerentes, por su parte, se dedican a la función de control, es decir, a tomar decisiones concernientes a la empresa y que requieren un nivel de conocimiento especializado sobre el bien o servicio en cuestión, y el contexto regulatorio y de mercado en el que éste se transa.

Esta separación de las funciones de propiedad y control genera un problema de agencia que se puede resumir en los siguientes términos: un individuo, que llamaremos el principal, solicita a otro, que llamaremos el agente, que le lleve a cabo una tarea, a cambio de lo cual le ofrece una compensación. El problema consiste en que el principal carece de tiempo o de conocimiento(o de ambos) para verificar que el agente esté haciendo correctamente la tarea. Por su parte, el agente conoce mejor que el principal qué tan bien está cumpliendo con su tarea, y si el producto de ésta no es completamente observable o verificable, tendrá un espacio de discrecionalidad para cumplir a cabalidad con la tarea. En consecuencia, el agente puede optar por realizar la tarea con el mínimo esfuerzo posible que le asegure la compensación, lo que posiblemente implicará un resultado inferior al óptimo que espera el principal.

En el sector privado, los dueños generalmente son accionistas dispersos que están representados de alguna manera en la junta directiva. La junta se convierte así en el agente de los principales últimos que son los dueños, pero frente al gerente actúa como principal. En el ejercicio de sus funciones de GC, la junta directiva debe garantizar que el gerente lleve a la empresa por el camino correcto, de tal manera que se cumplan los objetivos organizacionales. Esta función de GC es relativamente simple en términos de agencia, pues los principales, aun estando dispersos, tienen un objetivo común, lo que los hace actuar como si fueran un solo principal. Este objetivo es la maximización de la rentabilidad de la inversión, y se mide con el valor de la acción en bolsa, los dividendos o los indicadores de los estados financieros.

El concepto de GC ha llegado más recientemente al sector público, en la medida que los tomadores de decisiones son forzados a rendir cuentas ante la sociedad por el buen o mal manejo que hagan de los recursos (3). En el caso concreto de los hospitales públicos, el GC se aplica como una forma de resolver los problemas de agencia que podrían ocurrir si el gerente actuara solo frente a su hospital.

Sin embargo, difícilmente una junta directiva de un hospital público podría desempeñar su función de GC de la misma manera que en el sector privado. Dos razones fundamentales soportan esta afirmación: por una

parte, a diferencia del sector privado, no existe un solo principal sino varios, con objetivos diferentes y en ocasiones opuestos (4). Eid (5) identifica dos grupos con objetivos claramente opuestos: por un lado, la comunidad, cuyo objetivo es maximizar el número de actividades producidas y la diversidad del portafolio de servicios sin enfrentar una restricción presupuestal; y por otro lado la autoridad local de salud, cuyo objetivo es maximizar el resultado en salud, dada la restricción presupuestal que enfrenta.

Se podría argumentar que existe otro principal alrededor del hospital público: los políticos locales, o el poder legislativo en general, cuya función objetivo es maximizar el presupuesto del hospital para satisfacer la demanda de la comunidad por mayor gasto público, o para controlar los puestos de trabajo disponibles.

El otro factor que dificulta el ejercicio del GC en el sector público en general, es la ausencia de un objetivo claro, observable y verificable. Mientras en el sector privado este objetivo es la rentabilidad, y es observable y verificable, el objetivo del sector público no es tan unidimensional. Si a ello se suma el que existen varios principales, con objetivos distintos y en ocasiones opuestos, es de esperarse que no exista dicho objetivo unidimensional y menos aun que haya cómo observarlo y verificarlo.

Pero aun existiendo la figura de una junta directiva como instancia de GC, no hay como evitar que la representación en dicha junta sea capturada por grupos de interés especiales que no representan el bienestar general. En caso de ser capturada, difícilmente podría decirse que una junta cumpla con su función de GC y generaría a su vez problemas nuevos de agencia frente al principal último que es la sociedad.

Estos conceptos de GC son muy relevantes para el sector hospitalario público en Colombia. La reforma a la salud de 1993 les otorgó autonomía a los hospitales públicos, mediante la figura de Empresas Sociales del Estado (ESE). Sin embargo, el estatus de autonomía no convierte automáticamente al hospital en una entidad autónoma, pues muchas de las funciones financieras, presupuestales, de mercadeo, de personal, etc., toman varios años en desarrollarse, por lo cual se puede aseverar que la autonomía no es un estado discreto sino un proceso en el que los hospitales van avanzando en diferentes meridianos (6).

Dentro de los lineamientos teóricos presentados, este trabajo buscó analizar el papel de las Juntas Directivas como órganos de GC, en el funcionamiento de las ESEs de Bogotá, y con base en los hallazgos generar propuestas para fortalecer dicho papel con miras a un mejor desempeño de los hospitales.

METODOLOGÍA

Dadas las características del fenómeno a estudiar, y el número pequeño de unidades de análisis, se recurrió principalmente a metodologías de investigación cualitativa en un abordaje de estudio de caso, lo que permitió un análisis mucho más profundo de las complejas relaciones entre un número alto de variables de control.

Métodos de recolección de datos

El trabajo de campo se llevó a cabo durante el segundo trimestre de 2004. El análisis de la información recolectada y la preparación del informe final se llevaron a cabo durante el tercer trimestre del mismo año. La recolección de datos se basó en los siguientes componentes:

Encuesta sobre percepción del papel de las juntas directivas

Se diseñó una encuesta auto-aplicada que analizó los aspectos relacionados con la transparencia en el proceso de selección, legitimidad del proceso, representatividad frente a los principales, idoneidad de los representantes, relevancia de la junta y funcionamiento de ésta. Adicionalmente, los resultados de esta encuesta permitieron enfocar mucho mejor las entrevistas semiestructuradas. Las encuestas se aplicaron durante las sesiones de junta directiva, previa autorización de los presidentes de junta. La mayoría se aplicaron al final de la sesión, pero algunas juntas lo hicieron al inicio.

Una vez recolectadas las encuestas de los 21 hospitales, se procedió a su análisis bivariado. Este análisis evaluó los resultados en función de tres variables: el tipo de representación del encuestado (SDS, Alcaldía Distrital, estamento científico, comunidad, gerente, y asociación de usuarios), el nivel de complejidad del hospital (I, II y III), y el estatus de fusión (fusionado y no fusionado).

Entrevistas semiestructuradas

La Secretaría Distrital de Salud (SDS) seleccionó una muestra de cinco hospitales, los que se analizaron en mayor profundidad. En estos hospitales se realizó una entrevista semiestructurada, a los cinco gerentes, y luego se llevó a cabo la observación de la sesión de junta, durante la cual se tomaba la decisión de qué miembros serían entrevistados. Esta decisión se tomaba discrecionalmente, según la expectativa que generara en la sesión de junta el comportamiento de cada uno de los miembros de la

misma, y teniendo como base la percepción inicial aportada por el gerente. Las entrevistas fueron realizadas por dos de los investigadores (Castaño y Pardo); en total se realizaron 11 entrevistas semiestructuradas.

En estas entrevistas se siguió un protocolo previamente establecido, que indagaba por los mismos aspectos de la encuesta, pero de manera más profunda y detallada. Además de estos aspectos, la entrevista indagó la percepción sobre cómo se da el proceso de toma de decisiones en las sesiones de junta, la presencia de asimetrías de información entre miembros y su ventaja estratégica, el acceso a la información para la toma de decisiones, y la relación junta-gerente.

Estas entrevistas fueron grabadas, previo consentimiento verbal de los entrevistados y garantía de confidencialidad por parte de los investigadores. De las grabaciones se extrajo un resumen escrito de los puntos mas importantes comentados. Posteriormente se realizó un análisis de todas las entrevistas.

Observación no participante

Después de haber obtenido información inicial con algunas encuestas, y de haber llevado a cabo la entrevista semiestructurada con el gerente, se programaron visitas a una sesión de junta por cada uno de las cinco ESEs de la muestra. En cada sesión de observación se presentaron los investigadores y se explicó su presencia en la sesión.

Evaluación de conocimientos basales

En los cinco hospitales seleccionados se aplicó un cuestionario de 25 preguntas de selección múltiple, en el cual se incluyeron preguntas sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud, conceptos básicos de administración, estructura y funcionamiento de las ESEs (en general, y específicamente para Bogotá), y estructura y funcionamiento de las juntas directivas. Esta prueba se aplicó en la misma sesión en que se aplicó la encuesta. Esta herramienta pretendía obtener una idea del nivel de conocimiento de los miembros de junta de los cinco hospitales seleccionados, con relación a aspectos que tienen que ver con sus funciones como miembros de junta.

Selección de la muestra

La SDS seleccionó una muestra por conveniencia de cinco hospitales, según su nivel de complejidad y su estatus de fusión, es decir, dos hospita-

les de nivel I, dos de nivel II y uno de nivel III. En los dos primeros niveles, los dos hospitales seleccionados correspondieron a uno fusionado y otro no fusionado. Dentro de cada categoría, se escogieron hospitales ubicados en zonas de emergencia social, según criterio de la SDS. Los hospitales seleccionados fueron: Rafael Uribe Uribe (nivel I fusionado), Usme (nivel I no fusionado), Centro-Oriente (nivel II fusionado), Bosa (nivel II no fusionado) y La Victoria (nivel III).

RESULTADOS

Encuesta sobre percepción del papel de las juntas directivas:

El proceso de encuestas se aplicó en 21 de los 22 hospitales públicos del Distrito (el único donde no se pudo realizar fue el de Usaquén). Se aplicaron un total de 91 encuestas, para una tasa de respuesta del 63,6%. Dado que no en todas las sesiones de junta asistían todos los miembros, no fue posible analizar el universo completo de miembros de juntas.

Los resultados de esta encuesta muestran que en general cada estamento tiene una percepción muy positiva de sí mismo sobre los diferentes aspectos analizados, pero no tan positiva sobre el papel de los demás estamentos; la auto-percepción más positiva fue la de los gerentes. Los miembros de junta que fueron mejor percibidos por los demás miembros, fueron los gerentes y los representantes de la Secretaría de Salud.

Al ser interrogados sobre grupos de interés que actualmente están excluidos de la junta directiva, los encuestados señalaron la conveniencia de tener más grupos comunitarios representados, así como trabajadores del hospital no profesionales. La rendición de cuentas de los representantes del estamento de la comunidad y del estamento científico hacia los grupos por ellos representados, fue percibida como más fuerte en el nivel I.

En cuanto al control efectivo de las decisiones del gerente, todos los estamentos estuvieron de acuerdo en que dicho control se ejercía efectivamente. Esta percepción fue mayor en los hospitales de nivel III. En lo concerniente a temas estratégicos, los representantes de la Secretaría de Salud y del estamento comunitario, se perciben como más influyentes,

¹ El único hospital donde no se pudo realizar la intervención de la investigación fue el de Usaquén.

influencia que también se percibe como más fuerte en los hospitales de nivel III.

La percepción sobre en qué medida las decisiones de la junta se convierten en acciones del gerente, fue más positiva entre los gerentes que entre los miembros de junta. Sin embargo, en relación a qué tanto influye la junta directiva en el desempeño del hospital, el estamento político-administrativo no muestra una percepción decididamente positiva mientras el resto de miembros sí la considera influyente. Esta percepción positiva es más fuerte en los hospitales de nivel III.

Aunque la variable fusionado/no fusionado se incluyó en el análisis de estos aspectos, no se encontró un patrón consistente con respecto a ésta.

Entrevistas semiestructuradas

Se realizaron entrevistas semiestructuradas, a los cinco gerentes y a siete miembros de juntas de los hospitales que componen la muestra. Los hallazgos para cada tópico se resumen así:

Marco estratégico y legislativo

I. Función objetivo, principal, conflictos de agendas

Los gerentes y representantes de los profesionales le dan mayor importancia a la sostenibilidad de las ESEs como función objetivo, mientras que los miembros de comunidad hacen mayor énfasis en la prestación de servicios y la función social. Hay claridad entre los entrevistados, en cuanto a que el principal del hospital es la comunidad. El proceso formal de involucramiento del principal se da a través de las diferentes instancias de participación comunitaria y su representación en la junta. Este proceso, sin embargo, es mucho más explícito en los hospitales de nivel I, mientras que en los de nivel II y III se observa un mayor distanciamiento.

Se evidenciaron agendas en conflicto: mientras la comunidad aboga por más servicios y menos pagos de bolsillo, los profesionales buscan garantizar su permanencia laboral, así como mantener y mejorar sus condiciones de trabajo; el estamento político administrativo, por su parte, busca mantener un equilibrio entre las necesidades de la comunidad y los recursos disponibles². Sin embargo, en las juntas se logran consensos por la vía de la persuasión, aunque

² Esta percepción corresponde a la administración anterior; con respecto a ésta, es que hay más énfasis en satisfacer las necesidades de la comunidad.

en algunas ocasiones se hace de manera más impositiva. Esto muestra que aunque hay agendas en conflicto, la junta es un escenario en el que se generan consensos que les dan la validez necesaria ante los grupos de involucrados.

Podría decirse que las acciones y respuestas de los diferentes miembros de la junta están determinadas en una primera instancia por los intereses de sus principales y en una segunda instancia por los intereses institucionales del hospital. Pero aún así, se percibió que en las instituciones de baja complejidad había una mayor facilidad para conciliar las agendas opuestas y alinearlas hacia el mejor desempeño del hospital.

2. Relación entre gerente y Junta

En general las relaciones junta-gerente se percibieron como positivas, aunque ha habido un proceso de mejoramiento que se ha ido avalando con el desempeño satisfactorio de los gerentes. Un proceso transparente de selección del gerente, le da a éste la independencia necesaria para evitar influencias negativas por parte de miembros de junta. Sin embargo, dependiendo del momento político, las relaciones son distintas: al principio del periodo, al estar recién elegido y contar con el respaldo del proceso de selección, el gerente tiende a ser más agresivo y proactivo, mientras al final del periodo, tiende a ser más conciliador para buscar el apoyo de la junta en el proceso de reelección.

3. Asimetrías de información

Mientras el estamento político-administrativo muestra ventajas informativas en cuanto a políticas sectoriales y del ente territorial, la comunidad las tiene en cuanto a la percepción local de las necesidades y sus actitudes frente al hospital. Los representantes del estamento científico cuentan con información técnica sobre prestación de servicios, y en ocasiones sobre aspectos gerenciales. Sin embargo, dado que la mayoría de los asuntos tratados en junta se relacionan con aspectos presupuestales, la asimetría de información de los representantes de comunidad y de estamento científico es evidente y les dificulta su participación activa en estas discusiones.

Estas asimetrías fueron menos relevantes en el nivel I, pues para el gerente y la junta también es muy necesario tener información de primera mano sobre lo que pasa en la comunidad. En contraste, los hospitales de mayor complejidad muestran una participación menos activa de la comunidad y las asimetrías de información los excluyen de los procesos deliberatorios en la junta. Incluso se considera en algunos casos que su participación es irrelevante, y los mismos representantes, a sabiendas de sus limitaciones de información, se aíslan de dichas deliberaciones.

4. Relevancia de las normas

No se reconoció que existieran normas explícitas que obliguen a cada representante a rendir cuentas ante sus representados, pero los representantes de comunidad y de estamento científico reconocieron la necesidad de rendir cuentas como una forma de legitimarse ante sus representados. En algunos grupos comunitarios se evidenciaron normas auto-impuestas de rendición de cuentas.

Conformación y funcionamiento de la junta

1. Transparencia

En general el proceso de convocatoria, elección, nombramiento y posesión de los miembros del estamento científico y de la comunidad, es percibido como transparente.

2. Legitimidad

Aunque los entrevistados señalaban que los grupos de involucrados aceptaban los procesos de llegada a los escaños de junta, no se indagó entre estos grupos de involucrados si esa era realmente su percepción. Sin embargo, sí es evidente que en lo concerniente a los escaños de comunidad en los hospitales de mayor complejidad, hay exposición a captura por parte de grupos de interés que no son representativos de los intereses generales de la comunidad. Este problema de captura no se percibió en los hospitales de baja complejidad, pues se señaló que allí la comunidad está mucho más directamente involucrada en los procesos de convocatoria, selección, nombramiento y posesión de sus representados.

3. Representatividad

Los grupos de comunidad en general pueden participar, y aunque algunos grupos están explícitamente excluidos Juntas de Acción Comunal (JAL), sus representantes pueden participar a través de los Copacos o de las asociaciones de usuarios. En cuanto a la representación del estamento científico, se evidenció inconformismo por la exclusión de los no profesionales en la representación en la junta.

4. Idoneidad

En general se percibe un mayor nivel de idoneidad entre los representantes del estamento político-administrativo, y un limitado nivel entre los representantes de la comunidad. Esta limitación es más notoria en los hospitales de nivel II y III, mientras que en los de nivel I, el contacto más

directo que exhiben estas instituciones con la comunidad les fortalece su posición en la junta.

5. Funciones: ¿existe la competencia? ¿Se lleva a cabo? ¿Cómo se lleva a cabo?

En estos reglamentos no se consideran procedimientos para el manejo de conflictos de intereses ni para el comportamiento ético de los miembros de la junta. En cuanto a la selección, evaluación y remoción del gerente, esta función se lleva a cabo formalmente, aunque se limita más al componente de selección. Sin embargo, la nueva norma sobre concursos abiertos y sobre la obligación del gerente actual de someterse al proceso, limita fuertemente el papel de la junta en otorgar su aval a un individuo para el ejercicio de sus funciones como gerente.

La función de evaluación es más explícita en instituciones de baja complejidad, pero de todos modos no se realiza de manera explícita ni existen procedimientos claramente definidos para llevar a cabo una evaluación formal del gerente.

La función de remoción del gerente no se ha aplicado hasta ahora a ninguna de las instituciones estudiadas. La percepción sobre este punto es que resulta muy remota la posibilidad de que se haga remoción antes de terminar el periodo, pues al fin y al cabo existe la posibilidad de no reelección al término de los tres años del periodo del gerente.

En lo concerniente a la evaluación y aprobación de informes financieros, se encontró que en la mayoría de los casos los miembros de la junta se atienen al concepto del revisor fiscal. La función de asesorar al gerente se percibió como muy limitada,

6. Operación de la Junta

La información necesaria para la toma de decisiones por parte de los miembros de la junta se consideró adecuada, oportuna y relevante. No se percibió que hubiera una tendencia por parte de la administración de las ESEs a ocultar información. Es claro que cuando los informes se centran en aspectos muy detallados de algún tópico específico, dejan por fuera otros miembros de junta que no cuentan con los elementos para analizar esos tópicos. El caso típico es en los aspectos financieros y presupuestales, en los cuales en ocasiones los informes son muy detallados en aspectos contables que están fuera del alcance de muchos de los representantes de comunidad y estamento científico. El seguimiento a decisiones, planes y programas definidos en la junta, es mucho más limitado.

7. Proceso de toma de decisiones

En este proceso se encontraron dos patrones claramente diferenciados: unas juntas directivas someten todas las decisiones a votación, mientras que otras solo someten a votación aquellas decisiones en las que no se ha logrado consenso. En ambos casos se llega a la decisión después de la deliberación y la persuasión, pero en el segundo caso la votación se toma como mecanismo de último recurso ante la imposibilidad de lograr consenso.

Un hallazgo constante fue el hecho de que los representantes del estamento político administrativo, por gozar de ventajas informativas, ejercen una mayor influencia sobre las decisiones de la junta. Incluso en ocasiones ha ocurrido que se imponen ciertas decisiones y se intimida a los miembros indecisos con la responsabilidad legal de las decisiones de junta.

8. Rendición de cuentas de la Junta hacia los grupos de involucrados

Los grupos de interés representados en la junta, específicamente la comunidad y los profesionales, no cuentan con mecanismos explícitos y formales de rendición de cuentas que obliguen a sus representantes a responder por sus decisiones en la junta, ni a retroalimentarlos con información sobre lo que ocurre allí. Entre los representantes del estamento científico del área de influencia de la ESE, y los de los gremios de la producción, hay mucha menos retroalimentación, pues los intereses de estos grupos frente al hospital son menos claros, y los beneficios de la participación no son evidentes para ellos. En cuanto a la evaluación externa de la junta, se encontró que no existe este mecanismo formalmente ni con periodicidad definida.

9. Rendición de cuentas del gerente hacia la Junta

Como se explicó arriba, no existe un proceso formal de evaluación del gerente por parte de la junta, y aunque en ocasiones se hace seguimiento a las decisiones, planes y programas sugeridos por la junta, no se toman medidas para obligar al gerente, más allá de las mociones en el acta. En realidad, en la medida en que muchas de las decisiones de la junta son simplemente sellos de aprobación a decisiones previamente tomadas por el gerente, no es de extrañar que la mayoría de las veces dichas decisiones se traducen en implementación por parte del gerente.

Resultados

1. Transparencia

Los entrevistados coincidieron en que posiblemente sea percibido como transparente tanto el funcionamiento como los resultados de la junta, pero señalaron que esta percepción debe consultarse con los involucrados.

2. Desempeño de la ESE

Los gerentes mostraron más inclinación a considerar su influencia personal como clave para el desempeño de la ESE, mientras que se mostraron escépticos frente a la influencia de la junta. Solo en una ESE se consideró que la junta era clave para el buen desempeño de la ESE. En cambio, del lado de la comunidad hubo una mayor tendencia a atribuir a la junta un papel clave en el desempeño de la ESE, particularmente en lo concerniente a sus funciones de vigilancia y asesoría al gerente. Los representantes del estamento científico se ubicaron en el medio de estas dos posiciones.

3. Confianza y pertenencia

Se evidenció que, en comparación con años anteriores a la existencia de la junta, la comunidad mostró un mayor sentido de pertenencia a la ESE, y un mayor deseo de participar en los procesos de mejoramiento de ésta. Por parte de los profesionales de la institución, se evidenció que el mejoramiento del desempeño de la ESE ha traído como beneficios la garantía de pagos de salarios y prestaciones. Estas percepciones positivas son recientes, pues los hospitales analizados estaban saliendo de períodos previos de crisis que generaban un débil sentido de pertenencia y de confianza con la institución.

Observación no participante

Se llevó a cabo en una sesión de junta para cada uno de los hospitales de la muestra. El hallazgo más consistente fue la preeminencia de los temas relacionados con traslados presupuestales. También se observó que el gerente es quien lidera la reunión, y la participación más activa la tienen los representantes del estamento político-administrativo, especialmente de la Secretaría de Salud. Se evidenció la diferencia en las agendas de los grupos, especialmente entre profesionales (garantías laborales) y SDS (políticas sectoriales). El aporte del estamento comunitario fue limitado, y en general quedó supeditado a la sección de "varios", perdiendo en la mayoría de las veces la relevancia que pudiera tener.

Se evidenció la búsqueda del consenso para la toma de decisiones, liderado por una alianza entre los representantes de la Alcaldía y los de la Secretaría de Salud.

En cuanto a la logística de las sesiones, se encontró que no existen normas sobre cumplimiento de tiempos en la agenda, e incluso se evidenció alto grado de incumplimiento en la hora de iniciación. Tampoco se evidenció disciplina en el desarrollo de la agenda de la reunión.

Prueba de conocimientos basales

En total se recibieron 35 cuestionarios diligenciados en los cinco hospitales. La prueba fue aplicada a 6 delegados de la alcaldía, 6 miembros representantes de la comunidad, 10 miembros representantes del estamento científico, 2 representantes de la Secretaría de salud, 2 representantes de los usuarios y 5 gerentes. Hubo 4 cuestionarios en los que la persona no se identificó.

El resultado global de las evaluaciones muestra una media de 15,17 +/- 5,92 que corresponde a un 61 % de las respuestas correctas.

Aunque el número de cuestionarios aplicados por cada tipo de representante resulta reducido (especialmente en el caso de Secretaría de Salud y usuarios), se pueden detectar tendencias claras en los resultados si se agrupan por estamentos. Por una parte, se encuentra que los gerentes son los que mejor nivel de conocimientos muestran, seguidos por los representantes del estamento político-administrativo, mientras que los representantes del estamento comunitario (usuarios y comunidad) muestran los puntajes más bajos. Por otra parte, se encuentra que todos los estamentos tuvieron los puntajes más altos en las preguntas sobre juntas directivas, a excepción del estamento científico, en el que el puntaje de esta área fue superado por la de administración hospitalaria. Entre los representantes del estamento comunitario, los puntajes en el tema de juntas directivas fueron ampliamente superiores a los correspondientes a los otros cuatro temas.

DISCUSIÓN

En primer lugar es necesario resaltar las limitaciones que tiene este estudio. Por tratarse de cinco estudios de caso, no son generalizables a todas las ESEs del Distrito Capital de Bogotá. Una segunda limitación de este estudio es que la evolución de los acontecimientos del sector es bas-

tante dinámica. Es claro que durante las tres administraciones distritales anteriores hubo una línea de gobierno distinta a la del actual gobierno que inició en enero de 2004, lo que marca una diferencia en el entorno político administrativo en el que están actuando las ESEs al momento de llevar a cabo la investigación.

Una tercera limitación va en el mismo sentido de la anterior, en cuanto a que el cambio de gobierno implica la sustitución de los representantes del estamento político administrativo. Adicionalmente, durante los últimos meses de 2003 y los primeros de 2004, hubo relevos en escaños del estamento científico y de la comunidad, lo cual llevó a que muchas de las juntas estuvieran siendo renovadas casi por completo al momento de hacer el análisis.

Sin embargo, en cualquier momento que se haga un estudio de este tipo habrá variables de contexto que no son relevantes en otros momentos, por lo cual su validez es clara pero se puede mejorar llevando a cabo estudios de seguimiento.

En cuanto a los hallazgos mostrados por este estudio, se evidenció, tal como lo predice la teoría (2, 4), la falta de claridad sobre la función objetivo. Aunque la comunidad está identificada como principal último, no existen muchos mecanismos para explicitar esa relación entre agentes y principal. Estos dos aspectos tienen implicaciones importantes a la hora de tratar de mejorar el funcionamiento de las juntas y del desempeño del gerente a través de la junta, pues no se puede esperar el mismo resultado que se esperaría en una organización privada con fin de lucro.

El evidente conflicto entre las funciones de rentabilidad social y rentabilidad económica, no es visto tan claramente en los casos estudiados. En general se perciben como evidentes, pero no se percibe el conflicto entre ellas y lo que dicho conflicto implica para el desempeño del hospital. Por ejemplo, si un hospital no se desempeña financieramente bien, puede explicar su mal desempeño con el argumento de que está optimizando su función social, o viceversa, se puede argumentar que un hospital que esté optimizando su función financiera lo esté logrando a expensas de su función social. La falta de identificación de este conflicto entre las dos funciones no permite tener claridad sobre cuáles son los criterios que deben fundamentar la toma de decisiones, y dependiendo del énfasis que se haga en una circunstancia dada, primará una función objetivo sobre la otra, pero no habrá consistencia en la búsqueda de un equilibrio entre estas dos.

La presencia de tres grupos de interés claramente identificados (gobierno, comunidad y profesionales) es una evidencia de que no existe un único principal. Más aun, el reconocimiento de que sus agendas están en conflicto, pone más en evidencia que efectivamente no existe una función objetivo común y única. A pesar de que se señala que los representantes de estos estamentos en la junta abogan por una agenda común en bien del hospital, es evidente que las posiciones asumidas por cada uno de ellos dejan ver sus intereses como grupo.

La presencia de asimetrías de información entre diferentes miembros de junta, impide una participación activa de aquellos que se encuentran en desventaja. Sin embargo, es claro que si la mayoría de los temas que se abordan en las sesiones de junta son temas presupuestales y financieros, es apenas obvio que aquellos miembros que no cuentan con ese conocimiento resulten con mayor frecuencia aislados de las deliberaciones de la junta y queden más expuestos a la influencia de los miembros mejor capacitados en ese aspecto particular. Ello no quiere decir que estos miembros sean irrelevantes para el GC de las ESEs, sino que la junta se está limitando a aspectos que reducen su papel como agente de GC, limitando de paso la participación de los demás miembros no familiarizados con los temas prevalentes en las sesiones de junta.

En este punto es importante subrayar la preocupación manifestada por la gran mayoría de entrevistados en cuanto al predominio de los temas presupuestales y financieros en las sesiones de juntas. Esto también se evidenció en las observaciones de las sesiones, llevadas a cabo por los investigadores. Es claro que el origen de esta situación es el decreto distrital 1138 del año 2000, el cual buscaba remediar la situación de insolvencia a la que se vieron abocadas algunas ESEs por la indisciplina presupuestal de sus gerentes. Esto en cierta medida implicó un retroceso en la autonomía que se le había otorgado a las ESEs inicialmente, pero fue más una iteración del proceso ensayo-error mediante el cual los hospitales iban adquiriendo madurez en su autonomía y el ente territorial iba cediendo espacios a los hospitales.

Si la SDS desea mantener un control preventivo de la ejecución presupuestal, podría buscar otros mecanismos, como el control directo por parte de la Dirección Financiera, o hacer más expeditos los procesos de aprobación de modificaciones presupuestales, de tal manera que la junta pueda dedicar mucho más tiempo a aspectos más directamente relacionados con el GC. En opinión de los autores, podría plantearse como hipótesis,

que en la medida que se haga posible esta reordenación de las prioridades de la junta, se hará más evidente la relevancia de los miembros que no están tan cercanos a los aspectos financieros y presupuestales, y al mismo tiempo la junta podrá cumplir su función como agente del principal último que es la comunidad.

No obstante, es pertinente destacar que las pruebas de conocimientos basales mostraron un menor conocimiento de todos los temas entre los miembros de la comunidad, y las diferencias menos relevantes se encontraron en los aspectos relacionados con normas de funcionamiento de la junta. Esto muestra que los perfiles de cada uno de estos grupos no necesariamente responden a otros aspectos que eventualmente pudieran abordarse en las sesiones de junta, tales como aspectos estratégicos, de visión de largo plazo, de relaciones con el entorno, etc.

En las relaciones entre junta y gerente se observa que ésta ve reducida su actuación a ser un aval de decisiones previamente tomadas por el gerente. Aunque esto no sorprende, pues también se observa en el sector privado (7), se esperaría que en el sector público hubiera una mayor influencia de este órgano de GC, pues al no existir una función objetivo clara ni un principal único, el espacio para el comportamiento auto-satisfactorio del gerente queda abierto a la discreción de éste. Si la junta no ejerce su función de vigilancia del gerente sino simplemente se limita a ser el avalador de sus decisiones, se pierde una oportunidad clave para que la autonomía de las ESE redonde en su mejor desempeño.

Sin embargo, también es claro que los representantes de los diferentes estamentos no se ven obligados a rendir cuentas ante los grupos que los eligieron. Ello hará que estos representantes vean una menor necesidad de ejercer su función de agencia frente al principal último, y tengan a su alcance un espacio de influencia que podrían eventualmente utilizar para beneficio propio. Pero aun sin llegar al extremo de utilizar el escaño para beneficio propio, el solo hecho de que puedan asumir una posición pasiva frente a las decisiones del gerente, se constituye en una oportunidad perdida para el mejoramiento del desempeño de las ESEs.

Llama la atención que en el espíritu de la Ley 100 de 1993 se incluyera a los profesionales del hospital y del área de influencia como representantes en la junta directiva. Si se entiende que la junta es un organismo de GC que debe garantizar el cumplimiento de la función objetivo frente a un principal dado. Es claro que los profesionales como proveedores de mano de obra calificada para el hospital están inmersos en un conflicto de intereses

a la hora de tomar decisiones en la junta. Evidentemente estos intereses son legítimos y los profesionales tienen todo su derecho de defenderlos, pero lo que se cuestiona es si existiendo otros canales para ejercer dicha defensa, es pertinente que la junta directiva como organismo de GC sea utilizada para dicha defensa.

Un elemento interesante que se evidenció en el estudio es el mayor involucramiento de los representantes de la comunidad en las juntas de ESEs de nivel I, y menor en las ESEs de nivel II y III. Esto quizás se explica por la temática de los asuntos que se manejan en las sesiones de junta en los niveles mayores de complejidad, lo cual distancia aún más a los miembros de la comunidad. La participación de estos miembros en las juntas está ligada a su relación con las asociaciones de usuarios o con otras organizaciones comunitarias locales, lo que de entrada determina que su ámbito de acción sea a nivel de barrio o localidad, no de Distrito. Esto implica que los miembros de este estamento que participan en juntas de hospitales de nivel II y III, carecen de una visión más amplia y que incluya conceptos como interacción en red, atención por niveles, etc., y limiten su participación a la visión local que tienen del hospital. Se encontró por ejemplo en un caso, que un representante de comunidad abogaba por una mayor dotación de especialistas y de atenciones complejas para un barrio, cuando el alcance de estos servicios supera con creces la demanda que podría eventualmente generar un barrio.

En este mismo sentido, es claro que los escaños en los hospitales de niveles más altos están más expuestos a la captura por parte de grupos de interés específicos que no representan la comunidad en general, mientras que esta captura es más difícil en los hospitales de baja complejidad. En estos últimos, el mayor involucramiento de la comunidad no ha permitido que se capturen estos espacios, e incluso se ha incrementado el interés de los residentes en el área de la ESE para participar en la toma de decisiones de las ESEs.

Otra importante función de la junta directiva, la selección del gerente, se ha visto limitada recientemente con el Decreto 3344 de 2003, del Ministerio de Protección Social, el cual obliga a contratar externamente el proceso de selección y obliga a los gerentes actuales a someterse al proceso de nuevo, sin posibilidad de reelección directa. Sin embargo, estas restricciones de cierta manera contribuyen a hacer más transparente el proceso y pueden hacer más difícil que el gerente acuda a maniobras políticas para garantizar su permanencia en el cargo. En relación con la evaluación del gerente, es claro que las juntas no están cumpliendo esa función. No

existe un mecanismo explícito ni unos indicadores claramente definidos que deba aplicar la junta cada cierto tiempo para la evaluación del desempeño del gerente.

En general es de subrayar que las ESEs han mostrado un proceso de maduración durante los últimos años, fruto del fortalecimiento de las relaciones entre los grupos de involucrados y el gerente, así como de ganancias en la curva de aprendizaje por parte de los gerentes, la mayoría de los cuales ya han sido reelegidos al menos una vez. No está claro si las juntas definitivamente han jugado un papel clave en este mejoramiento, pero al menos se percibe su papel como agentes de rendición de cuentas, aunque muchos de los gerentes consideran que el papel de la junta quizás no es tan determinante.

CONCLUSIONES

- Existe falta de claridad en la función objetivo de las ESEs. Los grupos representados en la junta directiva muestran conflictos entre sus agendas, que no se abordan de manera explícita.
- Aunque aparentemente hay un principal último claramente identificado (la comunidad), el involucramiento de éste no es tan explícito.
- Hay una excesiva concentración del quehacer de las juntas en las modificaciones presupuestales, lo que le resta relevancia en otros aspectos del GC que son claves para el mejor desempeño de la ESE. Esta misma concentración lleva a que los representantes del estamento comunitario y científico se vean excluidos de participar efectivamente en el GC de la ESE.
- Se encontró un nivel bajo de conocimientos por parte de los representantes del estamento comunitario, en los temas distintos a su participación en la junta.
- No existen mecanismos formales y explícitos que obliguen a los representantes del estamento científico y comunitario a rendir cuentas ante sus grupos respectivos. Los mecanismos actualmente existentes son ad-hoc y adoptados voluntariamente por algunos de estos grupos.
- La rendición de cuentas y el involucramiento de los grupos de interés, especialmente la comunidad, es más claro en los niveles I que en los II y III.
- En general se percibe que hay un gran espacio para el fortalecimiento del papel de las juntas directivas como entes de GC.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Preker AS, Harding A. Innovations in health service delivery: The corporatization of public hospitals. The World Bank. 2003.
2. Fama EF, Jensen MC. Separation of ownership and control. Journal of Law and Economics. 1983;26:301-25.
3. Australian National Audit Office (2003). Public sector governance. Volume I. [Internet] Disponible en: [http://www.anao.gov.au/WebSit.nsf/0/957e55a69b1050724a256d73001dfd1c/\\$FILE/Volume%201,%20Framework,%20Processes.pdf](http://www.anao.gov.au/WebSit.nsf/0/957e55a69b1050724a256d73001dfd1c/$FILE/Volume%201,%20Framework,%20Processes.pdf). Accesado en Enero 15 2004.
4. Tirole J. The internal organization of government. Oxford Economic Papers. 1994;46 (1):1-29.
5. Eid F. Hospital governance and incentive design: the case of corporatized public hospitals in Lebanon. 2001. The World Bank.
6. Chawla M, Govindraj R, Berman P, Needleman J. Improving hospital performance through policies to increase hospital autonomy: methodological guidelines. 1996. Data for Decision Making Project, Harvard School of Public Health.
7. Donaldson WH. Corporate governance: what has happened and where we need to go. Business Economics. 2003; July: 16-20.